

## Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für ein Präventionsgesetz

### **I. Ausgangslage - Wir brauchen mehr Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist der beste Ansatz für eine vorausschauende Gesundheitspolitik. Bund, Länder und Gemeinden, die Sozialversicherungsträger und andere Institutionen und Organisationen des selbst verwalteten Gesundheits- und Sozialwesens, aber auch gesellschaftliche und andere öffentliche Organisationen, von der Wirtschaft bis zum Bildungswesen, bis zur Zivilgesellschaft und jeder und jedem Einzelnen müssen ein stärkeres Bewusstsein für die Bedeutung der gesundheitlichen Prävention erlangen. Mit der Stärkung von Prävention schließt Deutschland zu den Ländern in Europa auf, die mit ihrer Politik schon gute Erfolge bei der Verbesserung der Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger erzielt haben. Durch effektive und effiziente Prävention und Gesundheitsförderung können Gesundheit, Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig verbessert und ein großer Teil sonst erforderlich werdender Krankheitskosten, insbesondere im Bereich der Vermeidung oder der Verzögerung chronischer Krankheiten verringert werden. Dabei sind Prävention und Gesundheitsförderung nicht allein als gesundheitspolitische, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu verstehen.

Wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft mit einer steigenden Lebenserwartung und einem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Zunehmende kontinuierliche Investition in Prävention und Gesundheitsförderung kann für die Bürgerinnen und Bürger die Chance auf ein längeres, selbstbestimmtes Leben mit weniger Beeinträchtigungen und mehr Lebensqualität erhöhen. Je früher mit der Prävention begonnen wird - idealer Weise im Kindes- und Jugendalter-, umso besser sind die gesundheitlichen Effekte. So kann das Risiko von Krankheiten aufgrund lebensweltlicher Belastungen - beispielsweise des beruflichen Alltags - vermindert werden.

Bedeutung und Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung müssen in vielen gesellschaftlichen Bereichen stärker als bisher zur Geltung kommen, und zwar sowohl bei den Beteiligten des Gesundheitswesens und den Verantwortlichen anderer Politikbereiche als auch bei den Bürgerinnen und Bürgern selbst. Viele Menschen investieren in ihre Gesundheit und nutzen schon heute die vielfältigen Angebote beispielsweise zur Bewegung, zur gesunden Ernährung und zum Stressabbau. Dies muss unterstützt und die Eigenverantwortung großer Teile der Bevölkerung für ihre eigene Gesundheit muss weiter gestärkt werden.

Nicht alle politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind derzeit jedoch so ausgestaltet, dass alle Gruppen der Bevölkerung gesundheitsförderliche Verhaltensweisen eigenverantwortlich umsetzen können.

Ganz wesentlich ist, dass die Ressourcen, die für Prävention und Gesundheitsförderung derzeit verwendet werden, nicht hinreichen, um die präventiven Potenziale in der Bevölkerung voll auszuschöpfen. Dadurch werden Chancen auf eine Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung vertan und gegebene Möglichkeiten zur Erzielung volkswirtschaftlicher Effekte nicht ausreichend wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund sind Prävention und Gesundheitsförderung die Basis und stehen am Beginn jeder vorausschauenden Gesundheitspolitik. Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheitsrisiken und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheiten zu minimieren. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf die Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung; sie hat das Ziel, personale und soziale Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, um damit zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden beizutragen.

Trotz vieler Erfolge und positiver Ansätze, unterschiedlich ausgeprägt in einzelnen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung, und zahlreicher engagierter Akteurinnen und Akteure in diesem Feld, fehlt es insgesamt besonders an Transparenz und Vernetzung, an Koordinierung, Kooperation und Zielorientierung im Gesamtbereich. Das deutsche Gesundheitswesen ist zu einseitig auf die Behandlung und Linderung bereits eingetretener Erkrankungen ausgerichtet.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bemerkte in seinem Jahresgutachten 2000/2001 kritisch: „Die zahlreichen Reformen in den vergangenen zwei Jahrzehnten waren vorwiegend Kostendämpfungsmaßnahmen. Ohne Bemühungen um eine explizite Zielorientierung entbehrt die Gesundheitspolitik einer gesamtwirtschaftlichen bzw. bereichsübergreifenden gesellschaftlichen Rationalität. Dieser Mangel gewinnt bei sich verengenden Finanzspielräumen noch an gesundheitspolitischem Gewicht.“

In Deutschland bedarf es verstärkter Koordinierung und Vernetzung angemessen ausgestatteter und gestalteter Strukturen, durch die auch eine stärkere Zielorientierung, Nachhaltigkeit und mögliche Synergieeffekte erreicht werden können.

Die Arbeit zu Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist derzeit gekennzeichnet durch ein unterschiedliches Verständnis von Prävention und eine fehlende systematische Qualitätssicherung.

Ein wesentliches Defizit ist auch die geringe Anzahl lebensweltorientierter Angebote der Gesundheitsförderung; außerdem fehlt es an einer Datenlage, die als Grundlage für qualitätsorientierte Maßnahmen notwendig ist. Ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung dieser Situation durch die Politik waren Initiierung und Aufbau des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Juli 2002.

## **II. Die Ziele - Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung ist eine Investition in die Zukunft**

Mit dem Präventionsgesetz soll ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen vollzogen werden. Prävention und Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege ausgebaut werden. Ziel soll sein, die Gesundheit der Menschen zu erhalten bzw. zu fördern und damit ihre Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern.

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung dienen der Vermeidung von Krankheiten sowie der Verlängerung der bei guter Gesundheit verbrachten Lebenszeit. Diese Maßnahmen müssen allen Bürgerinnen und Bürgern zu Gute kommen können, besonders denen, die ihrer am meisten bedürfen. Das Präventionsgesetz soll den Herausforderungen der demographischen Entwicklung in einer älter werdenden Gesellschaft und der damit einhergehenden Änderung der Krankheitsverläufe begegnen. Das Präventionsgesetz soll konkret folgenden Zielen dienen:

- Definition von insbesondere primärer Prävention und Gesundheitsförderung und Entwicklung eines zeitgemäßen Verständnisses von Prävention in allen gesellschaftlichen Bereichen;
- Einbindung von gesetzlicher Rentenversicherung, gesetzlicher Unfallversicherung und sozialer Pflegeversicherung in die gemeinschaftliche Aufgabe der primären Prävention;
- Entwicklung von Präventionszielen und Bündelung der Ressourcen, um dadurch die besten Effekte für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erzielen;
- Stärkung des Bewusstseins sowie der Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Menschen;

- Verbesserung der Abstimmung zwischen den Sozialversicherungsträgern und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bei Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie Ausbau der Kooperation mit Akteuren vor allem aus den Bereichen Wirtschaft und Arbeit, Soziales, Kultur, Bildung, Familie, Jugend, Sport und Freizeit;
- Förderung von Präventionsforschung und Intensivierung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Schwerpunkt der Gesetzgebung soll die Stärkung und Zielorientierung der primären Prävention und der Gesundheitsförderung sein. Hierzu soll der bisherige § 20 SGB V in eine für die gesetzliche Krankenversicherung verbindliche Rechtsgrundlage umgestaltet werden, damit die zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft werden. Die Sozialleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sollen entsprechend weiterentwickelt werden. Mit der Privaten Krankenversicherung werden Gespräche mit dem Ziel aufgenommen, sie an der gemeinsamen Aufgabe zu beteiligen.

Die Leistungen der primären Prävention sollen an vorrangigen Zielen für einen bestimmten Zeitraum orientiert werden. Durch die damit verbundene Bündelung der Aktivitäten können mehr messbare Erfolge erzielt werden.

Über diese zentralen Anliegen der Gesetzgebung hinaus soll der Stellenwert der Selbsthilfe im Gesundheitswesen gestärkt werden.

### **III. Die Maßnahmen**

Es sind drei Handlungsebenen für Prävention und Gesundheitsförderung zu differenzieren:

- Spezifische Aufgaben von bundesweiter Relevanz,
- Landes- und regionalspezifische Maßnahmen,
- Maßnahmen im eigenen Zuständigkeitsbereich des SV-Trägers.

Für zielgerichtete Präventionsaktivitäten ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in den Regionen und aller drei Handlungsebenen erforderlich. Funktionierende Präventionsaktivitäten setzen am ehesten bei den Bürgerinnen und Bürgern unter Berücksichtigung der Besonderheiten ihres Lebensumfelds an und müssen landesspezifischen Strukturen Rechnung tragen.

## **1. Bundesebene**

Präventionsziele und Qualitätsanforderungen sollen bundeseinheitlich entwickelt werden, Modellprojekte - einschließlich Settingprojekte - mit bundesweiter Bedeutung und wissenschaftlicher Begleitung sowie Kampagnen sollen auf Bundesebene durchgeführt und Evaluation und Koordination sollen bundesweit organisiert werden. Hierfür wird durch das Präventionsgesetz eine unter der Rechtsaufsicht des Bundes stehende Stiftung der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und sozialen Pflegeversicherung errichtet, die auch für Zustiftungen Dritter offen ist.

### **1.1 Präventionsziele**

Eine klare Zielorientierung führt zu effizienter Abstimmung, Vernetzung der Aktivitäten im Gesundheitssystem und zu Synergieeffekten. Notwendig sind daher Präventionsziele für Deutschland. Diese sollen von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung unter Mitwirkung der Sozialversicherungsträger, des Bundes, der Länder, der Kommunen und anderer Akteure im Gesundheitswesen erarbeitet werden; hierbei sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- epidemiologische und ökonomische Bedeutung der gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen, wie
  - Schweregrad und gesundheitliche Folgen,
  - Häufigkeit und Verbreitung,
  - volkswirtschaftliche Relevanz und Bedeutung für Sozialversicherung (direkte und indirekte Kosten);
- präventive Beeinflussbarkeit;
- Verbesserungspotenzial für die Gesundheit;
- Messbarkeit/Verfügbarkeit von Daten;
- gesellschaftliche Akzeptanz;
- Zielgruppenorientierung, wobei insbesondere die Wirkung für sozial benachteiligte Gruppen zu berücksichtigen ist, und

- Geschlechtssensibilität im Sinne eines Gender Mainstreaming.

#### **a) Zielfindung**

Die Zielfindung soll auf der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder aufbauen und bisher geleistete Arbeit zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland, wie z.B. „gesundheitsziele.de“, sowie u. a. die Arbeit von Selbsthilfegruppen einbeziehen. Die notwendige Aufbereitung der epidemiologischen Daten wird vom Robert Koch-Institut (RKI) vorgenommen.

Auf allen Ebenen (Bundesebene, Landes- und kommunale Ebene sowie Ebene der Sozialversicherungsträger) sollen Präventionsprogramme entwickelt werden, die Strategien und Maßnahmen enthalten und einen längeren Zeitraum umfassen. Daraus können jährliche Arbeitsprogramme entwickelt werden.

Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wird analog zu gesundheitsziele.de Präventionsziele als oberste Ziele und Teilziele entwickeln; zusätzlich werden Maßnahmen - für die anderen Ebenen als Angebotskatalog - vorgeschlagen. Dem liegt folgendes Verständnis zugrunde:

- Präventionsziele

Die Präventionsziele können verhaltens-, verhältnis-, krankheits-, risiko- und zielgruppenspezifisch sein.

- Teilziele

Die Teilziele stellen als Rahmenvorgabe die erste Stufe der Konkretisierung der Präventionsziele dar.

Die Auswahl der Präventionsziele und deren Teilziele erfolgt nach den oben beschriebenen Kriterien. Sie sollen über geeignete Indikatoren quantifiziert werden, um sie einer Evaluierung zugänglich zu machen; diese erfolgt im Rahmen des Monitoring (s. Abschnitt 1.6). Die Ziele können durch einen Angebotskatalog von möglichen Maßnahmen für alle primärpräventiven Leistungsbereiche, individuelle Leistungen, Settingleistungen und Kampagnen weitergehend konkretisiert werden.

## **b.) Zielbindung**

Die Zielbindung bezieht sich auf die Präventionsziele und deren Teilziele, so dass darunter Gestaltungsspielräume aller Ebenen für die eigenen Maßnahmen und Programme erhalten bleiben. Länderspezifische Ergänzungen sind auf der Ebene der Präventionsziele und Teilziele möglich, um regional- oder länderspezifischen Bedarfslagen Rechnung zu tragen.

Die Zielbindung erfolgt über Empfehlungen, die von den Sozialversicherungsträgern bei der Ausgestaltung und Gewährung von Leistungen zur primären Prävention zu berücksichtigen sind. Dadurch wird eine relative Einheitlichkeit der Handhabung unter den Trägern hergestellt. Die Ausgestaltung der Ziele auf Landesebene wird in Rahmenvereinbarungen geregelt.

## **1.2 Gesundheitsberichterstattung des Bundes**

Für die Erarbeitung der Präventionsziele wird die Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Grundlage sein. Sie beschreibt auf der Basis vorhandener Daten den Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung und das Gesundheitswesen. Dadurch liefert sie Grundlagen für politische Entscheidungen und trägt zum Aufzeigen von Präventionspotenzialen bei. Das RKI wird die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weiter ausbauen. Es wird regelmäßig eigene Surveys durchführen und diese zusammen mit den von den Ländern und Kommunen zur Verfügung gestellten Daten auswerten (siehe auch Abschnitt 1.7).

## **1.3 Qualitätssicherung**

Der Einsatz von Mitteln aus Steuern und aus Beiträgen der Sozialversicherten für Aufgaben der primären Prävention und Gesundheitsförderung kann dann mehr Erfolg haben und besser gerechtfertigt werden, wenn er für wirksame und qualitätsgesicherte Maßnahmen geschieht. Deshalb soll gesetzlich geregelt werden, dass Leistungen zur primären Prävention im Sinne von § 20 SGB V nur erbracht werden dürfen, wenn ihre prinzipielle Wirksamkeit hinreichend nachgewiesen und die Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung gewährleistet ist. Die Kriterien sind bundeseinheitlich festzulegen und regelmäßig weiter zu entwickeln. Darüber hinaus soll stichprobenhaft eine externe Evaluation der Maßnahmen vorgenommen werden.

## **1.4 Modellprojekte**

Es sollen Modellprojekte der gesamten primären gesundheitlichen Prävention gefördert werden, die bei erfolgreicher Erprobung in das Leistungsspektrum der Träger mindestens eines Sozialversicherungszweiges übernommen werden können. Die Modellprojekte können auf einen oder auf mehrere Sozialversicherungszweige ausgerichtet sein und sich auch auf Settings beziehen. Dabei sollen Parallelförderungen auf Bundes- und Landesebene vermieden werden. Deshalb bedürfen, soweit auf Bundesebene Settingmaßnahmen durchgeführt werden sollen, diese des Einvernehmens mit den Entscheidungsgremien in den betroffenen Ländern.

## **1.5 Ergänzende Settingprojekte**

Die Bundesstiftung kann sich an Settingprojekten auf Länderebene beteiligen (s. Abschnitt 2.2 ff) sowie ergänzend eigenständig branchenorientierte und/oder länderübergreifende Settingprojekte im Einvernehmen mit den Entscheidungsgremien in den betroffenen Ländern durchführen.

## **1.6 Kampagnen**

Es sollen Kampagnen für gesetzlich Versicherte oder spezifische Zielgruppen von Versicherten mit dem Ziel durchgeführt werden, das Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit zu stärken und das gesundheitsbewusste Verhalten zu steigern sowie für Multiplikatoren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Bei der Erarbeitung und Durchführung wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit ihrem reichhaltigen Wissen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit unterstützend tätig. Die BZgA wird ihre eigenen Maßnahmen mit den Präventionszielen und den Leistungen der Träger abstimmen, so dass Synergieeffekte erzielt werden können.

## **1.7 Monitoring und Berichtspflicht**

Bund, Länder und die Sozialversicherungsträger werden verpflichtet, in regelmäßigen Abständen über ihre Maßnahmen und Leistungen der primären Prävention zu berichten. Das gesamte Vorgehen soll einem Monitoring unterzogen werden. Das RKI wird die notwendigen Gesundheitsdaten aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder aufbereiten und die Zielerreichung der Präventionsziele regelmäßig überprüfen (Evaluation).

Ebenso wird die Funktionalität der neu geschaffenen Strukturen und die Effizienz sämtlicher Instrumente und Maßnahmen überprüft. Darüber hinaus soll die vom Bund beabsichtigte Stiftung über ihre Arbeit (Maßnahmen und Leistungen) - auch gegenüber dem Deutschen Bundestag - berichten.

## 1.8 Organisation

Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung soll zwei Organe und zwei zentrale Beratungsgremien mit folgender Organisationsstruktur erhalten:

- Der Stiftungsrat soll über die Wahrnehmung aller Aufgaben der Stiftung entscheiden. Er wählt den Vorstand, entscheidet über die Leistungen und das Präventionsprogramm der Stiftung und legt im Benehmen mit dem Kuratorium die Präventionsziele und Teilziele fest.

Die Gesamtmitgliedzahl des Stiftungsrates soll 30 nicht überschreiten. Neben den Stiftern sollen maximal drei Mitglieder des Stiftungsrates auf Vorschlag des Bundes, maximal drei auf Vorschlag der Länder und ein Mitglied auf Vorschlag der kommunalen Spitzenverbände berufen werden. Entscheidungen sollen mit qualifizierter Mehrheit (zwei Drittel aller Stimmen) getroffen werden.

- Das Kuratorium ist besetzt mit Vertretern des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, des RKI und der BZgA. Weitere Vertreter, etwa aus den in Abschnitt II, 5. Spiegelstrich, genannten Bereichen, sind ggfs. gemeinsam von Bund und Ländern festzulegen. Das Kuratorium soll in der Funktion eines Beirats die Stiftung hinsichtlich der Aktivitäten beraten sowie bei der Entscheidung über die Präventionsziele und Teilziele mitwirken und das Präventionsprogramm der Stiftung vorbereiten.
- Der Vorstand der Stiftung soll die Stiftung nach außen vertreten und die laufenden Geschäfte führen.
- Ein wissenschaftlicher Beirat berät den Stiftungsrat und den Vorstand in allen wissenschaftlichen Angelegenheiten, insbesondere bei der Erarbeitung der Präventionsziele. Die Mitglieder werden vom Stiftungsrat mit qualifizierter Mehrheit bestellt.

## **2. Landesebene – Regionale und Kommunale Ebene**

### **2.1 Präventionsziele**

Auf der Grundlage und im Rahmen der auf der Bundesebene von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung entwickelten und festgelegten Präventionsziele und Teilziele, die als Rahmenvorgabe dienen (s. Abschnitt 1.1), erfolgt auf der Landesebene eine Konkretisierung und Schwerpunktsetzung. Eine Ergänzung der bundesweit vorgegebenen Präventionsziele und Teilziele ist möglich. Damit sollen landes- oder regionalspezifische Bedarfslagen berücksichtigt werden können.

Auf Ebene des Landes wird ein mehrjähriges Programm für Prävention entwickelt und festgelegt, das neben der Konkretisierung und Ergänzung von Präventionszielen und Teilzielen auch Schwerpunktsetzungen und die Maßnahmen enthält, die auf der Ebene des Landes konkret umgesetzt werden sollen. Die Auswahl der einzelnen Präventionsmaßnahmen soll transparent und vermittlungsfähig gestaltet werden.

Ziel- und Schwerpunktsetzungen sowie eventuelle landesspezifische Ergänzungen werden im Konsens mit den Sozialversicherungsträgern formuliert; Leistungserbringer, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, wissenschaftlicher Sachverstand und Andere werden dabei beteiligt. Auch mehrheitliche Entscheidungen sollen möglich sein.

### **2.2 Aufgaben – Maßnahmen im Setting**

Zentrale Akteure und Träger von Präventionsleistungen auf der Landes- und regionalen Ebene sind neben den Sozialversicherungsträgern die Gebietskörperschaften (Länder und Kommunen).

Vor dem Hintergrund, dass die für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel die Menschen vor Ort nur durch gezielte, räumliche und soziale Besonderheiten berücksichtigende Projekte und Maßnahmen auch tatsächlich erreichen, müssen Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz der WHO in den Lebenswelten (z.B. Schule, Kindergarten, Senioreneinrichtungen und Betriebe) verankert und verbessert werden. Prävention in Lebenswelten bedeutet, dass alle dort Beteiligten und Gruppen in einem gemeinsamen Prozess die zur Gesundheitsförderung notwendigen Veränderungen definieren und gemeinsam umsetzen.

## 2.3 Organisation

Nach dem Präventionsgesetz sollen die Sozialversicherungsträger Settingleistungen in Abstimmung mit den Ländern und Kommunen entwickeln, fördern und durchführen. Hierzu werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen geschlossen.

Die Träger der Sozialversicherungszweige werden zur Verwendung entsprechender Mittel verpflichtet. Die bereits jetzt als Satzungsleistung im Rahmen von § 20 SGB V von vielen Krankenkassen geförderten Maßnahmen sollen gestärkt und weiter entwickelt werden. Sie werden in der Regel als gemeinschaftlich bzw. von mehreren Sozialversicherungsträgern gemeinsam oder im Einvernehmen von Sozialversicherungsträgern und Gebietskörperschaften zu erfüllende Aufgaben ausgestaltet. Dabei sollen jedoch auch mehrheitliche Entscheidungen über Maßnahmen auf Landes- und regionaler/kommunaler Ebene möglich sein.

Entscheidungen über die Förderung einzelner Präventionsmaßnahmen treffen die Institutionen und Einrichtungen, die Mittel für die Durchführung erbringen sowie die Länder und Kommunen, die sich mit eigenen Ressourcen beteiligen. Konkrete Entscheidungen über im Land mit den Mitteln der Sozialversicherungsträger durchzuführende Präventionsmaßnahmen werden von einem zu bildenden Entscheidungsgremium im Konsens, zumindest nicht gegen das Votum des jeweiligen Finanziers, getroffen.

Setting-Maßnahmen einzelner Sozialversicherungsträger können zeitlich befristet auf die vorgegebenen Quoten auf Landesebene angerechnet werden, sofern sie den Präventionszielen und Qualitätskriterien entsprechen und das Entscheidungsgremium ihnen zugestimmt hat. Anderenfalls werden sie als Einzelmaßnahme des Kostenträgers gewertet. Dennoch soll eine Meldung an das Entscheidungsgremium erfolgen, das zentral alle Präventionsmaßnahmen im Setting erfasst.

Zur Konkretisierung der Präventionsziele und zur Entwicklung sowie Umsetzung des Präventionsprogramms sollen möglichst vorhandene Strukturen genutzt werden.

Die Rahmenvereinbarungen enthalten Regelungen insbesondere darüber, wer über die Zielbildung, mögliche Ergänzungen, die Mittelverwendung, die Projektdurchführung und die Mittelverwaltung entscheidet. Die Rahmenvereinbarungen sollen auch Regelungen über die einzuhaltenden Verfahren (u.a. Zulässigkeit von Mehrheitsentscheidungen) und die zeitlich befristete Anrechenbarkeit von Projekten und deren Modalitäten enthalten. Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nicht zustande, können die Länder (und ggfs. der Bund) das Notwendige regeln.

## **2.4 Qualitätssicherung, Gesundheitsberichterstattung, Monitoring und Berichtspflicht**

Die von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung entwickelten Empfehlungen zur Qualitätssicherung gelten auch für die Landesebene (wie auch für die Ebene der Sozialversicherungsträger in Eigenverantwortung). Außerdem wirken die Sozialversicherungsträger auf der Landesebene und die Gebietskörperschaften (Länder und Kommunen) an der verbesserten Gesundheitsberichterstattung und der Evaluation des RKI (s. Abschnitt 1.2) sowie am Monitoring (s. Abschnitt 1.6) mit.

Es werden in regelmäßigen Abständen (zweijährig) Berichte vorgelegt, die auch die Höhe der insgesamt verausgabten Mittel pro Kostenträger ausweisen.

Die Maßnahmen werden im Rahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich evaluiert, solange es sich nicht um bewährte, schon evaluierte Maßnahmen handelt. Wissenschaftliche Dopp evaluations sind aus Kostengründen zu vermeiden.

## **3. Ebene der Sozialversicherungsträger in Eigenverantwortung**

### **3.1 Aufgaben**

Zentrale Träger von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind auch in Zukunft die gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und soziale Pflegeversicherung. Prävention und Gesundheitsförderung können gerade im Bereich der Sozialversicherung dazu beitragen, dass Ausgaben gesenkt werden, indem der sog. Versicherungsfall, d. h. der Eintritt der Krankheit, der Pflege oder der vorzeitigen Verrentung verhindert oder hinausgezögert wird. Diese den Trägern zum Teil schon nach geltendem Recht zugewiesenen Aufgaben sollen so weiter entwickelt werden, dass eine stärkere Konzentration auf einheitliche Präventionsziele erfolgt und die Zusammenarbeit innerhalb der Sozialversicherung mit ihren unterschiedlichen Zweigen sowie mit Bund, Ländern, Kommunen und anderen Akteuren verbessert wird. Mit diesem Ziel werden die rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung auf "Präventionsorientierung" überprüft.

### **3.2 Organisation**

Die Träger der Sozialversicherungen werden durch das Präventionsgesetz verpflichtet, in eigener Verantwortung, ggfs. im Wettbewerb, individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen.

Der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Möglichkeit eröffnet, für Satzungsleistungen auch den in § 20 SGB V n.F. genannten Betrag für die Maßnahmen im eigenen Zuständigkeitsbereich des Sozialversicherungsträgers zu überschreiten, soweit dabei der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gewahrt wird. Eine Überschreitung ist nur innerhalb der Zielbindung und für qualitätsgesicherte Projekte möglich.

## **4. Aufbringung und Verteilung von Mitteln der Sozialversicherung**

Die beteiligten Sozialversicherungszweige (GKV, GRV, GUV, SPfIV) werden verpflichtet, für die hier angeführten Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung jährlich im Ergebnis mindestens 250 Mio. € zu nutzen. Die jeweiligen Beträge werden entsprechend § 20 SGB V dynamisiert. Sie werden durch Bundesgesetz in einem Anteil von 40 zu 40 zu 20 Prozent auf folgende Leistungsbereiche und Handlungsebenen verteilt:

- Für eigenverantwortliche Leistungen der Verhaltensänderung und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Eigenverantwortung des Sozialversicherungsträgers 40 Prozent,
- für Setting-Leistungen zur Verwendung auf Landes- und kommunaler Ebene 40 Prozent und
- für die Aufgaben auf Bundesebene 20 Prozent; diese Mittel stehen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung.

Auf allen Handlungsebenen werden Kooperationen mit externen Institutionen und Organisationen angestrebt.

Die Finanzausstattung für die Landes- und Bundesebene soll in Stufen aufgebaut werden. Die Aufwendungen für Setting-Leistungen auf Landesebene sollen nach drei Jahren 40 Prozent erreichen, während die Mittel für die Aufgaben der Stiftung auf Bundesebene in einem Zeitraum von zwei Jahren von 10 auf 20 Prozent steigen sollen.

Die Übergangszeit soll auch dazu genutzt werden, dass die Träger der GKV die bisher geförderten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in die Strukturen der neuen Leistungsbereiche und Handlungsebenen überführen können, ohne dass dabei „Brüche“ entstehen. Bis zum dritten Jahr nach Inkrafttreten werden im Land durchgeführte Setting-orientierte Maßnahmen einzelner Sozialversicherungsträger dabei durch Anrechnung auf die jeweilige Quote berücksichtigt. Dies gilt nicht für individual-präventive Maßnahmen.

Schöpft ein Sozialversicherungsträger (nach dem Ende des Übergangszeitraumes) entgegen der rechtlichen Verpflichtung die ihm zur Verfügung stehenden Mittel für individuelle primäre Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung innerhalb eines Jahres nicht vollständig aus, wird der Differenzbetrag im Folgejahr den Mitteln für Setting-Maßnahmen auf der Landesebene zugeführt.

Sind die Mittel des Sozialversicherungsträgers für Setting-Maßnahmen auf der Landesebene bis zum 30. September eines Jahres nicht vollständig ausgeschöpft oder mindestens planerisch belegt, dann steht der Differenzbetrag dem Entscheidungsgremium dort zur mehrheitlichen Entscheidung zur Verwendung für Setting-Maßnahmen auf der Landesebene bis zum Ende des folgenden Jahres zur Verfügung. Werden die Mittel auch bis zum Ende des folgenden Jahres nicht verausgabt, können die nicht ausgeschöpften Mittel für Settingprojekte auf Länderebene im Sinne von 1.5 verwendet werden.